CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

LUXATIONS SPONTANÉES DE LA HANCHE

N° 62
17.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

LUXATIONS SPONTANÉES

DE LA HANCHE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 mai 1908

PAR

J. CAMARÉ

Né à Sérignan (Hérault), le 21 août 1881

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND LIBRARY

MONTPELLIER
Imprimerie Grollier, Alfred DUPUY, Successeur
7, Boulevard du Peyrou, 7

1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR.

Professeurs

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (✻).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✻).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (✻).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Pathologie et thérapeuthique générales.....	RAUZIER.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.

Professeurs-adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE, prof.-adjoint
Accouchements.....	PUECH, prof. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires..	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, agrégé libre.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEIRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT Ed.	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

M. H. IZARD, *secrétaire,*

Examinateurs de la thèse :

MM. GILIS, *président.*	MM. SOUBEYRAN, *agrégé*
ESTOR, *professeur.*	CABANNES, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Témoignage de ma reconnaissanse éternelle.

A MES GRANDS PARENTS

J. CAMARÉ

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILIS

A MESSIEURS LES PROFESSEURS

ESTOR, VIRES, SOUBEYRAN, CABANNES

J. CAMARÉ

A TOUS MES MAITRES

MEIS ET AMICIS

J. CAMARÉ

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

LUXATIONS SPONTANÉES

DE LA HANCHE

INTRODUCTION

Un chirurgien peut observer une luxation coxo-fémorale dans trois conditions différentes : tantôt les surfaces articulaires auront été disjointes par un traumatisme brusque ; tantôt il se trouvera en présence d'un enfant qui s'est mis à boîter dès ses premiers pas ; enfin, il peut avoir affaire à une luxation survenue en dehors de toute violence extérieure chez un sujet dont la démarche n'avait jusqu'alors rien présenté d'anormal. Dans le premier cas, il s'agit d'une luxation traumatique, dans le second d'une luxation congénitale, dans le troisième, enfin, d'une luxation pathologique, que certains auteurs appellent encore luxation spontanée symptomatique, morbide, graduelle, consécutive, subite, etc. La cause de cette dernière est généralement dans la série des modifications que subissent les divers éléments de l'article au cours de certaines affections. Suivant l'expression de *Malgaigne*, « elle est préparée ou favorisée par un état morbide ». Les maladies dont elle est la conséquence sont variables, elles sont tantôt purement locales, tantôt générales.

Dans quelques cas, il s'agit d'une altération profonde de l'articulation ; une coxalgie, une arthropathie tabétique ont amené la fonte des extrémités osseuses ; on se trouve en présence de ce que *Malgaigne* appelait une *pseudo-luxation.* D'autres fois, la luxation pathologique résulte d'une attitude vicieuse, de la paralysie de certains groupes musculaires, etc. Mais, le plus souvent, elle survient à la suite d'une maladie infectieuse générale. On l'observe au cours ou pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, du rhumatisme articulaire aigu, de la variole, de la scarlatine, de la rougeole, de la grippe, etc.

Laissant de côté toutes les luxations pathologiques de la hanche consécutives à des lésions trop considérables de l'article (coxalgie, tabes) et aussi toutes les luxations mal définies que l'on a pu observer au cours de certains états indéterminés, nous limiterons notre étude aux luxations spontanées survenues à la suite des maladies aigues. Elles forment un groupe homogène très nettement caractérisé. Les lésions et les troubles fonctionnels qui leur donnent naissance sont comparables entre eux, leur symptomatologie est identique, les mêmes moyens de traitement leur sont applicables.

Notre étude eut sans doute été plus intéressante si elle avait porté sur la totalité des luxations pathologiques de la hanche, mais eut présenté de nombreuses difficultés ; nous avons pensé qu'une monographie des luxations coxo-fémorales consécutives aux maladies infectieuses serait plus facile à tracer, et nous nous sommes borné à en réunir quelques observations.

Plusieurs d'entre elles nous ont été obligeamment fournies par M. le professeur Estor, dont l'une relative à une malade qui avait été envoyée dans la clinique chirurgicale infantile par M. le professeur Gilis. Nous nous sommes surtout préoccupé de donner une description clinique aussi exacte que

possible de ces luxations, et cela peut-être aux dépens de la place que nous aurions pu donner à l'étude de la pathogénie. Notre but a été bien moins d'apporter des arguments en faveur de telle ou telle conception doctrinale, que de résumer rigoureusement les faits en insistant sur ce qui paraît acquis à l'heure actuelle d'une façon définitive.

Nous nous estimerions heureux si notre étude, ainsi limitée, gagnait en précision ce qu'elle peut perdre en intérêt général.

HISTORIQUE

Les luxations spontanées de la hanche consécutives aux maladies aiguës sont connues depuis très longtemps. Leur histoire se résume dans celle des théories qui ont été tour à tour formulées au sujet de sa pathogénie.

Les anciens expliquaient la luxation soit par l'accumulation dans la cavité articulaire d'un liquide qui repousse peu à peu la tête fémorale, soit par le développement d'une tumeur qui comble progressivement la cavité cotyloïde. La première de ces théories fut proposée par Hippocrate. Galien, Paul d'Egine, les Arabes, l'ont admise après lui. La seconde remonte à Asclépiade le Bithynien : elle n'a jamais eu la vogue de la précédente. Celle-ci, adoptée par Morgagni, Van Swieten, Platner, Brodie, Lesauvage, Berard, fut reprise par J.-L. Petit en 1722. L'illustre chirurgien de Paris soutint avec beaucoup de hardiesse l'hypothèse de l'épanchement séreux intra-articulaire et la défendit avec tant d'éclat que son nom resta attaché à la théorie.

Cependant, les partisans de la prolifération du cotyle apportaient en faveur de leur hypothèse des faits nouveaux. Gorter, en 1742, expliquait la luxation par la propulsion de la tête sous l'influence d'une exostose; Desault (1781), Bichat, Boyer, par un gonflement inflammatoire des cartilages d'encroûtement; enfin Valsalva, Portal, Faloppe, admettaient un développement anormal du tissu adipeux du fond de la ca-

vité cotyloïde. Pour Rust (1814), la luxation était déterminée par la tuméfaction de la tête elle-même.

Vers la fin du XVIIIe siècle et au commencement du XIXe, une troisième opinion prit naissance.

Sabatier (1774), Paletta (1820), Fricke (1824) expliquèrent la luxation par la destruction des extrémités osseuses en présence. C'est à ce moment que la question a été véritablement embrouillée. « En parcourant les œuvres des principaux chirurgiens du commencement de notre siècle, on se convaincra que, pour eux, l'attitude vicieuse de la jambe dans la coxalgie était communément désignée sous le nom de luxation spontanée ; ces deux états furent souvent confondus, à tel point que les termes de coxalgie et de luxation spontanée figurent comme homonymes au-dessus du chapitre qui traite de ces maladies » (Kümmer).

Il est évident que les partisans de cette dernière théorie ont confondu le déplacement consécutif à la carie des surfaces articulaires avec une véritable luxation spontanée consécutive à une maladie infectieuse. Malgaigne remit les choses au point en donnant à ces déplacements le nom de pseudo-luxations et, dès lors, ne sont plus restées en présence que la théorie de l'hydarthrose et celle de la prolifération du cotyle.

Pendant longtemps, la première, à qui Parise, en 1842, avait donné une valeur nouvelle en la reprenant, a été universellement admise ; à l'heure actuelle, elle ne paraît pas convenir indistinctement à tous les cas.

La théorie de l'action musculaire que Verneuil a présentée en 1883 à la Société de Chirurgie, l'a, en partie, détrônée. Enfin Kümmer, Degez, Kirmisson, William Keen, Roser, Reclus, Etienne, ont apporté à la question la précision qui lui manquait en s'attachant à recueillir, avec le plus d'exactitude possible, toutes les observations de luxations spontanées.

ETIOLOGIE

Les luxations como-fémorales consécutives aux maladies infectieuses se produisent rarement aux cours de la période aiguë, c'est généralement pendant la convalescence qu'elles surviennent.

A part les cas de *Bonnet*, de *Stanley*, de *Karewski*, tous les sujets chez lesquels ont les a observées ont été des enfants ou des adolescents, presque toujours des fillettes.

Fréquence. — Par rapport à la totalité des luxations elles sont peu nombreuses ; elles constituent une complication exceptionnelle des maladies infectieuses. En ce qui concerne la fièvre typhoïde, *Güterbock*, de Vienne, n'en rapporte que deux cas sur plus de 3.000 observations ; *William · Keen*, dans la première étude qu'il en a faite n'a pu en réunir que 30 cas ; *Degez* en a porté le nombre à 32 ; *Etienne* à 33. En 1904, W. *Keen* donnait le chiffre de 43 ; à l'heure actuelle on en compte à peu près une cinquantaine. Pour le rhumatisme aigu la proportion est encore moindre, bien que fièvre typhoïde et rhumatisme soient les affections au cours desquelles elles aient été le plus souvent observées.

Les statistiques suivantes nous donnent une idée de leur fréquence relative.

Statistique de Kümmer :

Fièvre typhoïde	23 cas.
Rhumatisme articulaire aigu	18 —
Scarlatine	4 —
Variole	3 —
Gonorrhée	1 —
Fièvre eruptive indéterminée	1 —
Empyème du genou	1 —

Sur 81 cas observés par Degez :

La fièvre typhoïde a précédé la luxation dans	32 cas.
Le rhumatisme articulaire aigu	24 —
Scarlatine	13 —
Variole	3 —
Blennorhagie	3 —
Grippe	1 —
Erysipèle	1 —

Etienne, Ardisson, donnent des proportions analogues. On voit par elles que les luxations subites apparaissent dans plus d'un tiers des cas à la suite de la dothiénenterie et dans plus d'un quart à la suite du rhumatisme articulaire aigu.

Si maintenant nous envisageons la fréquence de la luxation coxo-fémorale spontanée par rapport aux luxations pathologiques des autres articulations, nous voyons que la première est plus souvent observée. On la trouve, d'après *Keen*, 27 fois sur 30. Des 81 cas de Degez, 74 se rapportent à l'articulation de la hanche avec une proportion à peu près égale des deux côtés (38 à droite, 36 à gauche). Il est possible, comme le suppose Degez, que cette localisation habituelle de la luxation tienne à ce que l'articulation de la hanche constitue chez les enfants le *locus minoris resistentiæ* pour toutes les

lésions articulaires. « L'étendue énorme des surfaces articulaires, dit Sainton, leur mobilité considérable, sont peut-être autant de raisons qui prédisposent aux arthrites ; mais, d'autre part, l'emboîtement très marqué des surfaces, la résistance de la capsule, et la puissance des muscles périarticulaires sembleraient s'opposer aux luxations : les faits prouvent le contraire ».

Les considérations étiologiques qui précèdent ont trait à l'âge, au sexe des sujets chez lesquels on observe ces luxations, à leur fréquence relative. Nous devons, pour être complet, rechercher les conditions qui paraissent toujours réalisées lorsque la luxation se produit. Nous nous bornerons pour l'instant à les signaler. Nous ne pourrons affirmer que ces conditions antécédentes ont la valeur de causes véritables qu'après avoir, dans un autre chapitre, discuté le mécanisme et esquissé la pathogénie de la luxation spontanée.

Un premier groupe de faits est le suivant : toute articulation où se produit une luxation spontanée présentait antérieurement des lésions et des troubles fonctionnels, qui peuvent être considérés comme les causes prédisposantes de cette luxation.

En second lieu, la luxation, bien que spontanée en apparence, se produit toujours *à la suite* ou mieux *à l'occasion* d'un léger déplacement.

Nous pouvons donc, tout en faisant les réserves que nous venons d'indiquer, considérer cette luxation spontanée comme déterminée par des *causes prédisposantes* et des *causes occasionnelles*.

A. Causes prédisposantes. — Les conditions qui se trouvent réalisées au niveau de l'articulation de la hanche lorsqu'une luxation spontanée se produit, sont relatives à

l'articulation elle-même, aux muscles périarticulaires et à l'attitude du membre intéressé.

1° *Lésions articulaires.* — Lorsque, à la suite d'une maladie infectieuse, on observe une luxation de la hanche, cette complication est presque toujours consécutive à une arthrite. Celle-ci ne paraît avoir complètement manqué que dans un petit nombre de cas. L'arthrite typhoïdique signalée pour la première fois par *Bouillaud* a été étudiée par *Roser*, *Güterbock* (1874), *Robin* (1888), *Witzel*.

Ashby, Hennoch, Demme, Gerhardt, Meddelelser et d'autres ont étudié les arthrites post-scarlatineuses. L'arthrite post-variolique est surtout connue par les travaux de Friedheim, Lorinser, Sonnenburg. Les phénomènes signalés par ces différents auteurs ont presque toujours été retrouvés au niveau de l'article avant la production de la luxation.

2° *Lésions et troubles fonctionnels des muscles périarticulaires.*

Ces muscles peuvent présenter :

a) De la parésie liée à un certain degré d'atrophie.

b) De la contracture.

a) *Atrophie.* — Dans toute arthrite consécutive à une maladie infectieuse, les muscles voisins sont exposés à l'atrophie pour deux raisons : d'abord à cause de l'arthrite elle-même, ensuite à cause de la myosite si fréquente au cours des infections générales. Très souvent, en effet, cer ains groupes musculaires présentent un degré plus ou moins marqué d'atrophie.

b) *Contracture.* — Celle-ci apparaît généralement à la suite de l'atrophie isolée de ces groupes musculaires. Si cette

dernière porte sur les pelvi-trochanteriens, les adducteurs agissant seuls par leur tonus passent à l'état de contraction permanente et finissent par se rétracter. Si, au contraire, les adducteurs s'atrophient, les pelvi-trochanteriens entrent en contracture. Mais celle-ci a souvent une autre cause que l'atrophie musculaire; elle est souvent la conséquence de la position que prend la cuisse par suite de la distension de la cavité articulaire. Nous savons, en effet, que lorsque existe un épanchement dans l'articulation de la hanche, la cuisse se place en flexion et en abduction. « Cette attitude, dit *Forgue*, répond au maximum de capacité articulaire et de relâchement ligamenteux; le malade y souffre moins; c'est une attitude de soulagement où il se maintient par cette vigilance musculaire qu'*Hunter* appelait la sympathie des muscles avec l'article malade. » Cet état de vigilance musculaire suffit à faire passer les muscles de la contraction simple à la contracture.

3° *L'attitude du membre intéressé*, commandée par la douleur, maintenue par la contracture de certains muscles, est souvent encore défectueuse à cause de la position du malade lui-même dans son lit. Des eschares de décubitus déterminent parfois une position du membre inférieur fatigante pour l'articulation de la hanche.

Cet examen rapide de l'état dans lequel se trouve l'articulation coxo-fémorale au moment où va se produire la luxation, nous a permis de noter un certain nombre de modifications. Nous avons vu que l'arthrite était constante, qu'il y avait de l'atrophie, de la contracture de groupes musculaires antagonistes et enfin que pour diverses raisons le membre se trouvait dans une attitude vicieuse. Nous nous sommes borné à signaler ces faits comme antérieurs à la luxation. Notre seul but a été de dégager les conditions qui se trouvent

réalisées lorsqu'elle se produit, nous réservant de rechercher à propos de la pathogénie quel peut être leur rôle dans la production de la luxation, quelle part leur revient dans leur mécanisme.

B. Causes occasionnelles :

Dans notre recherche de tous les faits qui précèdent une luxation spontanée, nous devons signaler, à côté des modifications préparatoires de l'article, ce qui s'est produit immédiatement avant la disjonction. Un mouvement est souvent l'occasion de la perte de contact des surfaces articulaires. Tantôt le membre est brusquement mobilisé par un choc, subit un léger traumatisme ; tantôt la luxation apparaît à la suite d'une contraction musculaire un peu forte ou même simplement d'un mouvement physiologique. Schotten rapporte le cas d'un enfant soulevé par une garde malade. Volkmann a observé une luxation consécutive à un choc léger contre une porte. Certains malades se sont démis la hanche au cours d'une promenade ou simplement en sautant du lit. Dans tous ces cas, la cause invoquée est vraiment trop minime pour qu'on lui attribue une autre valeur que celle de cause occasionnelle.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Elle est surtout connue depuis que l'asepsie et l'antisepsie ont permis de faire des arthrotomies.

Nous étudierons rapidement les lésions : 1° des surfaces articulaires ; 2° des ligaments ; 3° nous dirons quelques mots du contenu de l'articulation ; 4 enfin nous indiquerons quelles sont les modifications des tissus voisins.

1° *Surfaces articulaires :*

Elles sont généralement intactes ou peu lésées. Dans quelques cas rapportés par *Bonnet*, *Ruch* et *Witzel* le cartilage articulaire était détruit.

2° *Les ligaments :*

La capsule est distendue, épaissie, ramollie ; rarement on a observé une disparition partielle de certains faisceaux (Lucke, Dolbeau, Fornachon). Plus rarement encore il se produit une dégénérescence proliférante du tissu fibreux du manchon articulaire (Ruch).

3° *Contenu de l'articulation* :

L'arthrite qui précède la luxation est, suivant les cas, séreuse, séro-fibrineuse, purulente ou plastique. Dans le premier, le liquide clair qui tend à séparer les extrémités osseu-

ses est généralement stérile. *Kümmer* en a fait la preuve à propos d'une synovite post-typhique de l'articulation du genou. Lorsqu'il s'agit d'une arthrite purulente, le liquide épanché présente les caractères du pus phlegmoneux ; il est bien lié et ne saurait être confondu avec la sérosité grumeleuse d'une suppuration bacillaire. « Il n'a pas été possible jusqu'à présent de déterminer si l'arthrite est la conséquence directe ou indirecte du microbe spécifique de la maladie primitive » (Kümmer). Il est probable que l'on a affaire à des infections secondaires et que les agents pyogènes ne sont autres que les microbes habituels de ces infections, le streptocoque et le staphylocoque. Quoi qu'il en soit, la tuberculose ne semble pas en cause et la coxalgie ne paraît pas une étape obligatoire entre la maladie infectieuse et la luxation spontanée. L'arthrite plastique résulte souvent de l'évolution cicatricielle de la forme précédente. On l'a souvent notée sur des articulations qui avaient été le siège de luxations subites, mais nous ne croyons pas — et pour cause — qu'elle ait dans certains cas précédé la disjonction.

4° *Lésions des tissus voisins :*

Nous ne reviendrons pas sur les lésions musculaires que nous avons déjà signalées en étudiant l'Etiologie. Nous rappelerons simplement que la contracture et l'atrophie s'observent le plus souvent simultanément : l'une localisée sur un groupe musculaire, l'autre sur le groupe antagoniste ; les extenseurs étant presque toujours atrophiés et les fléchisseurs contracturés.

PATHOGÉNIE

Nous connaissons les lésions et les troubles fonctionnels qui existent au niveau d'une articulation et dans son voisinage avant que se produise la luxation. Il nous reste à rechercher quelle est la part qui revient à chacun d'eux dans le mécanisme de la disjonction. Mais avant de discuter les diverses théories qui attribuent à certains faits un rôle prépondérant aux dépens des autres, nous croyons utile de résumer rapidement la physiologie de l'articulation coxo-fémorale, et de rappeler en quelques mots les conditions anatomiques et physiques qui maintiennent au contact les surfaces articulaires.

Moyens d'union des surfaces articulaires.

La tête fémorale se trouve maintenue dans la cavité cotyloïde par la capsule articulaire et ses ligaments, par les muscles péri-articulaires et enfin par la pression athmosphérique.

Nous dirons peu de chose de l'appareil capsulo-ligamentaire. La capsule, renforcée en avant par le *ligament de Bertin*, forme un barillet plus étroit à ses deux extrémités qu'en son milieu: aussi la tête du fémur ne peut-elle sortir, même quand l'insertion fémorale est détachée par toute sa circonférence: la tête reste étranglée au niveau du col (*Tillaux*). Elle constitue un moyen de contention des plus efficaces.

Le ligament rond, si bien étudié par notre maître le

Professeur Gilis, se comporte comme un ligament d'arrêt. Limitant la flexion et l'adduction, la flexion et la rotation externe, il s'oppose dans une certaine mesure à des mouvements susceptibles de déterminer une luxation.

Les masses musculaires, péri-articulaires, avec leur élasticité et leur tonicité jouent un rôle actif dans le maintien du contact des surfaces articulaires. « Sur des chiens curarisés, *Gerken* a montré qu'il suffit de sectionner ces muscles pour pouvoir ensuite extraire facilement la tête fémorale de son cotyle. » (Testut).

Les muscles pelvi-trochantérieurs et fessiers doublent en arrière la partie postérieure de la capsule. Le psoas double et soutient la partie antérieure. « Leurs insertions fixes se font en arrière, en avant et au-dessus de l'articulation, leurs insertions mobiles convergent vers le grand trochanter : ces muscles forment ainsi une sorte de sangle contractile dont l'activité fonctionnelle lutte contre l'effort excentrique des adducteurs et maintient appliquées les deux surfaces articulaires. » (Reclus). Cette action des muscles pelvi-trochantérieurs est contre-balancée en partie par celle des muscles pelvi-fémoraux. Les adducteurs, par leur contraction, portent la tête fémorale en haut et en arrière, et tendent à la luxer en haut.

Mais si puissants que soient les ligaments et les masses musculaires, la contention qu'ils exercent serait inefficace si la pression athmosphérique ne venait s'ajouter pour maintenir la tête du fémur dans la cavité cotyloïde. Nous nous contenterons de rappeler les expériences des *frères Weber*, trop classiques pour que nous en indiquions la technique. Il est possible que ce rôle du vide acétabulaire ait été exagéré. Gerken (1894) le croit inférieur à celui des masses musculaires. Il n'en est pas moins réel, et l'on doit en tenir compte dans l'appréciation de la valeur totale des moyens d'union des surfaces articulaires.

Mécanisme. — Nous connaissons les lésions et les troubles fonctionnels qui existent dans une articulation où se produit une luxation spontanée. Nous savons, d'autre part, quelles sont normalement les causes qui maintiennent en présence les surfaces articulaires ; il nous reste à voir si ces moyens d'union se trouvent affaiblis par ces lésions et par ces troubles fonctionnels et de quelle façon la luxation spontanée peut en être la conséquence.

Suivant que l'on accordera une importance plus grande aux ligaments et au vide acétabulaire, ou bien aux muscles voisins dans le maintien des extrémités osseuses, on fera jouer un rôle plus grand tantôt à la distension ligamenteuse, tantôt à l'affaiblissement musculaire.

De là, les deux théories principales qui ont été émises : la première, surtout défendue par J.-L. Petit et par Parise, est la théorie de l'hydarthrose; la deuxième, due à Verneuil, peut s'appeler théorie de l'action musculaire.

Nous en ajouterons une troisième que Kümmer désigne sous le nom de théorie de la prolifération du cotyle.

Théorie de l'hydarthrose ou de J.-L. Petit. — Toutes les fois qu'il se produit une luxation spontanée au niveau de l'articulation de la hanche, celle-ci était antérieurement le siège d'une arthrite. Nous avons signalé ce fait dans l'Etiologie.

Or, qui dit arthrite dit épanchement intra-articulaire et, par suite, distension des ligaments. Peu importe que le liquide accumulé soit séreux, comme le supposait J.-L. Petit et comme des recherches ultérieures l'ont, du reste, prouvé dans la majorité des cas, ou purulent comme on l'a observé quelquefois : le fait constant est la distension de la synoviale. Reste à savoir si elle suffit pour produire la luxation.

Nous ne nous attarderons pas à discuter les objections que Boyer opposa à J.-L. Petit : personne ne voudrait admettre,

à l'heure actuelle, que l'accumulation du liquide dans l'articulation coxo-fémorale loin d'éloigner les os tendrait, au contraire, à les rapprocher encore plus intimément.

Les expériences de *Parise*, faites sur des cadavres, semblent donner raison à la théorie de J.-L. Petit. Par une ouverture pratiquée dans la cavité cotyloïde ou dans la tête du fémur, Parise a pu injecter des liquides de diverse nature; il a constaté qu'à la suite de la distension articulaire le fémur se portait dans la flexion, l'abduction et la rotation en dehors et tendait ainsi à se luxer en dehors.

Ces expériences constituent la meilleure démonstration scientifique de la théorie de l'épanchement intra-articulaire. Elles ne sont passibles que d'un seul reproche : exactes sur le cadavre, elles ne sont peut-être pas entièrement en rapport avec ce qui se passe sur le vivant.

Duplay fait remarquer que « dans les arthrites aiguës, l'attitude vicieuse prise par l'articulation malade n'est pas toujours celle qu'elle devrait offrir par le fait de l'épanchement. Dans bien des cas, en effet, les malades adoptent une attitude particulière dans le but d'éviter la douleur et d'immobiliser plus complètement l'articulation enflammée. C'est ainsi que, dans les arthrites de la hanche. la distension de la capsule doit entraîner le membre en flexion avec abduction et rotation en dehors ; très fréquemment, au contraire, on voit le patient mettre le membre impotent dans la flexion en dedans afin de supprimer la douleur résultant de la pression exercée sur la hanche malade dans le décubitus dorsal et d'immobiliser le membre lésé en le plaçant sur le membre sain » (Duplay, *Presse Médicale,* 14 et 25 mai 1898).

Enfin la théorie de J.-L. Petit n'explique pas les cas où l'épanchement est peu abondant, ni ceux dans lesquels il n'existe pas du tout.

Théorie de l'action musculaire ou théorie de Verneuil. — « Lorsque le hasard, dit *Reclus*, réunit au niveau d'une même jointure : 1° une attitude vicieuse qui favorise l'action d'un certain groupe musculaire ; 2° l'atrophie ou la paralysie du groupe musculaire antagoniste ; 3° la perte de résistance des ligaments, il y a chance de voir se produire un déplacement dont la rareté relative s'explique par la multiplicité des conditions nécessaires » (Reclus, *Luxations paralytiques*, in *Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie*, 1878).

Si nous rappelons que les muscles pelvi-trochantériens constituent un des plus puissants moyens de fixité des surfaces articulaires en présence et que, d'autre part, les adducteurs ont pour effet de porter la tête fémorale en dehors et en haut, il nous est facile de nous rendre compte que l'atrophie des premiers et la contracture des seconds suffisent à produire la luxation. Or, nous avons vu, en étudiant l'Etiologie, que l'une et l'autre étaient souvent réalisées.

« Par suite de la flexion de la cuisse avec adduction et rotation en dedans, le cotyle ne met plus obstacle à l'issue de la tête. La capsule et les muscles fessiers seuls opposent une barrière à cette issue ; mais la capsule se ramollit et se distend, les muscles affaiblis cèdent à leur tour, la tête du fémur, poussée en arrière par les adducteurs et le couturier, ne rencontrant plus devant elle de résistance assez forte, passe pardessus le rebord du cotyle et se porte dans la fosse illiaque ». (Verneuil, Société de Chirurgie, 31 octobre 1883).

Pour si séduisante que soit cette théorie et malgré l'autorité des auteurs qui l'ont défendue, elle ne paraît pas convenir davantage à la totalité des faits. Il est probable, il est même certain que beaucoup de luxations spontanées ne reconnaissent pas d'autre mécanisme : il n'est pas sûr que l'atrophie et la contracture aient toujours le rôle prépondérant dans la production des luxations subites.

Théorie de la prolifération du cotyle. — La migration de la tête du fémur en dehors de la cavité cotyloïde, se ferait à la suite du comblement de cette cavité.

Cette théorie a été surtout en vogue à une époque où luxation spontanée et coxalgie étaient confondues dans un même chapitre de pathologie. En admettant que dans certains cas de disjonctions pathologiques, on ait pu trouver longtemps après la cavité articulaire obstruée par une néoformation, il n'est pas sûr que celle-ci ait préexisté à la luxation ; il est même à peu près certain que la prolifération conjonctive n'est survenue qu'une fois la luxation produite. Comme le fait remarquer Kümmer, les luxations congénitales présentent des phénomènes analogues ; cependant, personne n'attribue à la prolifération du tissu conjonctif la production de cette variété de luxation coxo-fémorale.

Cette théorie doit être, par conséquent, laissée de côté, du moins pour l'instant.

Restent les théories de J.-L. Petit et celle de Verneuil, pouvant expliquer chacune un groupe de faits particuliers, mais l'une et l'autre trop exclusives. La seule pathogénie possible à l'heure actuelle est celle qu'ont adoptée Forgue et Maubrac : c'est une pathogénie éclectique. Ces auteurs admettent que : 1° l'hydarthrose, l'atrophie musculaire, en diminuant la résistance des moyens de contention normaux des extrémités osseuses ; 2° la contracture et l'attitude vicieuse, en exagérant cette diminution de résistance au niveau de certains points de la capsule, mettent l'articulation dans un tel état de laxité, que la violence la plus légère, la cause la plus minime, pourront amener la perte de contact des surfaces osseuses.

En d'autres termes, nous en sommes réduits, pour expliquer la pathogénie des luxations spontanées, à attribuer à

chacune des conditions étiologiques que nous avons signalées dans un chapitre précédent, une valeur indéterminée et une égale importance. Il en sera ainsi tant que des expériences nouvelles ne viendront pas s'ajouter aux constatations de la clinique et de la salle d'autopsie.

SYMPTOMATOLOGIE

Une luxation spontanée s'établit rarement sans que l'attention du médecin ait été attirée préalablement sur des phénomènes douloureux articulaires. Le plus souvent, soit au cours de la maladie causale, soit pendant la convalescence, le malade a commencé par se plaindre de la hanche. L'examen de l'articulation ne décèle rien d'anormal à ce moment ; mais il y a parfois une légère élévation thermique. Au bout de plusieurs jours, si l'on a soin de surveiller attentivement le malade, on ne tarde pas à remarquer que la cuisse correspondante tend à se mettre en flexion, en abduction et en rotation externe. Plus rarement on la trouve en adduction. A ce moment, la luxation n'est pas encore produite ; elle peut être encore évitée si l'on a soin d'immobiliser immédiatement le membre malade en bonne position. Malheureusement, tous ces phénomènes passent souvent inaperçus : la douleur est peu vive, on n'en tient pas compte, pas plus qu'on ne fait attention à l'attitude vicieuse. Certain jour, à l'occasion d'un mouvement, d'un traumatisme léger, les douleurs cessent presque subitement ; on examine le malade et on constate la déformation caractéristique d'une luxation.

Cette brusque disparition de la douleur a été surtout signalée par *Verneuil ;* la netteté de ce signe aurait pour cet auteur une très grande valeur pour le diagnostic. Malheureusement, il n'a pas été retrouvé par tous les chirur-

giens qui se sont occupés de la question. *Kümmer* signale même une recrudescence des phénomènes douloureux au moment de la luxation ; il l'a observée dans un cas de luxation iliaque post rhumatismale. *Capelle* a publié une observation de luxation post-typhique dans laquelle l'apparition de la douleur fut la première manifestation symptomatique. Nous ne pensons pas qu'il faille attribuer une trop grande importance à ces changements brusques de la sensibilité ; sans doute une diminution ou une augmentation des phénomènes douloureux devra toujours éveiller en notre esprit l'idée d'une luxation, mais nous ne devons pas oublier que très souvent, cette luxation survient inopinément et que, dans beaucoup de cas, la déformation constitue le premier symptôme observé.

Nous ne devons pas, non plus, attribuer une trop grande importance à la chute de la température qui se produit au moment où s'installe la luxation. Elle n'a d ailleurs pas été notée par tous les observateurs.

Une fois la luxation établie, ses signes ne diffèrent en rien de ceux d'une luxation traumatique ; dans un cas comme dans l'autre, la tête fémorale a quitté la cavité cotyloïde.

Cette cavité une fois évacuée, la tête peut se porter soit en arrière, soit en avant du cotyle. Nous aurons donc deux grandes catégories de déplacement : 1° *les luxations rétro-cotyloïdiennes* avec ses différentes variétés *ischiatique*, *iliaque*, répondant aux étapes successives de la migration de la tête ; 2° *les luxations pré-cotyloïdiennes* avec ses variétés, *périnéale*, *obturatrice*, *pubienne*.

Suivant le genre de luxation auquel nous aurons affaire, nous observerons des symptômes particuliers tirés de l'attitude constante qu'occupera le membre dans sa nouvelle position.

Avons-nous affaire à une luxation antérieure, la cuisse sera

en abduction et rotation externe. Quant à la flexion, elle peut exister ou être remplacée par l'extension, suivant que la tête est déplacée en bas ou en haut.

Mais en général, nous aurons affaire à une variété rétro-cotyloïdienne. La cuisse est alors en adduction et rotation interne, la tête se trouve en position ischiatique ou iliaque ; dans le premier cas la cuisse est fléchie, dans le second elle est en extension. Si l'on fléchit la cuisse à angle droit, on constate que le sommet du grand trochanter s'élève de deux à trois centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser, au lieu d'affleurer simplement cette ligne comme dans la normale. On peut constater ce déplacement de la tête fémorale en comparant simplement les distances qui séparent l'épine iliaque et le grand trochanter des deux côtés ; on constate aisément que ces deux points sont plus rapprochés du côté malade. Enfin, en tendant un fil de l'épine iliaque antéro-supérieure au sommet de la rotule et en répétant la même manœuvre du côté opposé, on constate du côté ou se trouve la luxation l'existence d'un raccourcissement.

Dans quelques cas, la palpation permet de sentir la tête fémorale au-dessous des muscles fessiers.

Enfin, en terminant notons que, la pathogénie spéciale des luxations spontanées entraine parfois une symptomatologie un peu différente de celle des luxations traumatiques régulières : l'attitude notamment n'est pas toujours typique ; dans un cas de Kümmer il n'y avait ni rotation, ni flexion, mais simplement adduction très prononcée.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif de la luxation de la hanche se fait surtout par la constatation de la présence du grand trochanter en haut et en arrière de la ligne de Nélaton-Roser (s'il s'agit d'une luxation rétro-cotyloïdienne), par la présence de la tête du fémur en l'un des points où on la trouve lorsqu'il s'agit d'une luxation traumatique et par la mensuration.

Etant donné que très souvent une luxation pathologique s'installe d'une façon insidieuse, il arrive qu'on la découvre quelquefois par hasard. Dans certains cas même, chez certains sujets maintenus au lit, elle a été méconnue. Une règle est à suivre pour éviter de pareilles erreurs; toutes les fois qu'un enfant sera atteint d'une maladie aiguë, on devra, dans le cours de celle-ci et pendant la convalescence, surveiller de très près les différentes articulations et en particulier celle de la hanche.

Le diagnostic différentiel serait à faire avec : 1° les fractures traumatiques du col du fémur 2° le décollement épiphysaire. La notion d'un traumatisme antécédent, permettra d'éviter toute erreur.

Quant aux fractures spontanées du col fémoral, elles sont assez rares dans l'enfance ; on en a cependant observé quelques cas à la suite de certaines maladies infectieuses. Dans plusieurs des observations que nous rapportons nous en trouvons quelques exemples.

Le diagnostic se fera par la possibilité qu'on a de mouvoir la tête fémorale en mobilisant le membre lorsqu'il s'agit d'une luxation.

Il ne faudra pas confondre non plus une luxation spontanée avec une luxation congénitale.

Au premier abord, une pareille erreur paraît facile à éviter, mais souvent l'absence de commémoratifs rend le problème assez délicat à résoudre. Dans une de nos observations la malade, âgée de 6 ans, présentait une luxation dont l'apparition avait été tellement insidieuse qu'il a été d'abord difficile d'en faire préciser le début. L'enfant avait marché à 16 ou 17 mois, ne boîtait pas, mais tombait très souvent. A l'âge de 3 ans, elle a eu une poussée de rhumatisme articulaire aigu ; elle est restée alitée pendant deux mois et, à dater de ce moment, elle a boîté. En présence des renseignements peu précis qu'avaient d'abord donnés les parents sur le début de la claudication, on avait pu penser à une luxation congénitale ; l'erreur n'a pu être évitée que par la précision de l'interrogatoire et la recherche rigoureuse de tous les commémoratifs. Le diagnostic est très difficile à faire lorsque on n'a aucune espèce de renseignements sur la date de l'apparition de la luxation. L'exagération de la flexion et de l'adduction de la cuisse et la lordose compensatrice qui en résulte ne constituent que des présomptions en faveur de l'ancienneté de la luxation et peuvent faire croire à une luxation congénitale.

Le diagnostic étiologique est souvent assez délicat à établir. Un enfant a eu peu de temps auparavant une fièvre typhoïde, un rhumatisme articulaire aigu, une scarlatine, etc. Il présente une luxation coxo-fémorale; il faut établir que celle-ci est due réellement à la maladie précédente et non à une autre cause. Nous savons en effet que très souvent une infection générale favorise l'éclosion d'un processus tuberculeux en divers points

de l'organisme : il s'agit de démontrer qu'une coxalgie ne s'est pas installée à la faveur d'une mise en état de moindre résistance et que nous n'avons pas affaire à la pseudo-luxation qui accompagne souvent la tuberculose de la hanche. L'étude des antécédents du sujet, la connaissance complète de la maladie qui a précédé et l'examen minutieux de l'articulation malade nous fourniront des présomptions en faveur d'une véritable luxation spontanée, mais ne nous permettront pas d'éliminer toujours d'emblée l'hypothèse de la coxalgie.

Dans certains cas, nous pourrons être consulté par un sujet adulte au sujet d'une luxation dont il est porteur depuis longtemps et nous devrons faire un diagnostic rétrospectif de la cause de cette luxation. Seul l'interrogatoire pourra nous éclairer et nous permettra d'éliminer une luxation traumatique ancienne. Il sera plus difficile de savoir si l'on a affaire à une luxation congénitale ou à une luxation spontanée. La recherche de l'âge auquel est apparue la claudication et les moyens de diagnostic que nous avons indiqués plus haut permettront généralement de résoudre le problème.

EVOLUTION. PRONOSTIC

Quand la luxation s'est produite, « si on abandonne le mal à lui-même, l'inflammation se dissipe sans laisser à sa suite ni ostéite, ni suppuration, mais une difformité persistante ; si on réduit, on rend immédiatement au membre sa direction, sa forme, sa longueur, et au bout d'un certain temps la guérison est obtenue » (Verneuil).

Cette formule, commode en pratique, ne répond malheureusement pas toujours à la réalité des faits. Dans plusieurs observations on a vu aboutir à la suppuration les phénomènes inflammatoires. Dans beaucoup d'autres, les tentatives de réduction et de contention n'ont pas toujours été couronnées de succès. L'évolution est le plus souvent incertaine. Le pronostic est des plus sévères. Krönlein, Volkmann, en Allemagne; Freemann, en Angleterre, ont insisté sur les difficultés que présente la réduction, même immédiate, par simples manipulations. D'après Duplay, les luxations spontanées consécutives aux arthrites sont presque toujours irréductibles. Kirmisson, Hartmann, Sainton, Degez sont cependant assez optimistes. « Analogues aux luxations traumatiques, dit Kirmisson, les luxations subites doivent être traitées comme elles, par la réduction sous le chloroforme et les faits démontrent que cette réduction bien conduite aboutit le plus souvent à la guérison ». Degez a montré que, dans la

moitié des cas environ, la réduction a été jusqu'à présent obtenue par simples manœuvres. En définitive, le pronostic n'est pas aussi sombre que semblent le croire certains auteurs, ni aussi bénin que le pensent certains autres. En admettant même avec Bardeleben que les luxations spontanées soient plus favorables aux manœuvres de réduction que les luxations traumatiques (1), il n'en reste pas moins qu'une fois la tête fémorale replacée dans le cotyle, la même faiblesse des ligaments et des muscles persiste, exposant le malade à des récidives.

---

(1) « Dans les tissus malades, dit Bardeleben, la formation d'une nouvelle articulation ne se fait pas aussi rapidement et d'une façon aussi complète que dans une luxation produite par un accident ».

Bardeleben. *Lehrbuch der Chirurgie.* 4 vol., II, p 617.

TRAITEMENT

De ce que nous savons de la production des luxations spontanées, il résulte que nous pourrons avoir à intervenir à deux moments très différents : 1° avant la luxation, lorsque la douleur et l'attitude vicieuse ont déjà révélé le travail qui était en train de se faire au niveau de l'articulation coxo-fémorale ; 2° lorsque la perte de contact des surfaces articulaires se sera déjà faite. Le traitement que nous instituerons sera, suivant le cas, préventif ou curatif.

A) *Traitement préventif.*

Toutes les fois que l'on soignera un enfant atteint de fièvre typhoïde, de rhumatisme articulaire aigu ou de toute autre maladie infectieuse, on devra surveiller ses articulations, et en particulier l'articulation de la hanche, avec la plus grande attention. Si le membre inférieur tend à se mettre dans une mauvaise position, si la jointure devient douloureuse, la luxation est imminente. Il faut l'éviter. La première indication à remplir serait, évidemment, de rendre aux moyens de contention de l'article leur valeur première. Nous avons malheureusement peu de ressources thérapeutiques contre la laxité des ligaments, l'hydarthose et l'atrophie musculaire. Une seule chose nous est permise : éviter à la tête fémorale les mouvements passifs qui la font appuyer en certains points de la capsule, en corrigeant l'attitude vicieuse créée par la

distension articulaire et maintenue par la contracture. Cette attitude vicieuse étant la condition nécessaire de toute luxation, on peut prévenir celle-ci en corrigeant celle-là. On devra donc placer le membre inférieur dans la rectitude. Ce but pourra être atteint de plusieurs façons :

« La gouttière de Bonnet, par exemple, est un instrument des plus pratiques, qui donne d'excellents résultats à la condition cependant que l'attitude du bassin soit bien surveillée ; s'il y a tendance à l'élévation de l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté malade, la gouttière de Bonnet ordinaire, à branches parallèles, sera remplacée par une gouttière à branches divergentes, cela dans le but de mettre le membre malade en abduction et de prévenir une guérison par ankylose en adduction ; en d'autres termes, une guérison par raccourcissement apparent du membre abdominal » (Kümmer). Si la contracture des adducteurs est trop marquée, l'extension à poids en abduction permettra d'éviter la luxation de la tête du fémur et, pour plus tard, en cas d'ankylose, une mauvaise position du membre. Sous l'influence de l'immobilisation, les phénomènes inflammatoires se calment, les divers éléments de l'article reprennent toute leur valeur fonctionnelle. Quand les douleurs sont entièrement calmées et que le malade semble avoir repris de nouvelles forces, on peut enlever la gouttière : le membre inférieur a recouvré tous ses mouvement dans leur intégrité. Rares sont les cas dans lesquels la terminaison s'est faite par l'ankylose. Cette complication, évidemment fâcheuse, est tolérable si la cuisse a été immobilisée en bonne position.

B) *Traitement curatif.*

« Le principe qui doit diriger la thérapeutique curative de ces luxations est que, toujours et quelle que soit leur ancienneté, il faut tenter la réduction manuelle » (Degez). Seul, un

état général trop grave est une contre-indication absolue à toute tentative immédiate.

a) *Réduction manuelle.* — Les manœuvres ne diffèrent en rien de celles que l'on fait pour la réduction des luxations traumatiques. Aussi n'insisterons-nous pas sur leur technique. Le malade étant chloroformisé, on mobilisera préalablement la tête fémorale par des mouvements de circumduction (Kirmisson, Hartmann, Kümmer) : le bassin étant fixé par un aide, le chirurgien commence par fléchir la cuisse sur le bassin en lui imprimant de légers mouvements d'adduction, il passe ensuite doucement à l'abduction et la rotation en dehors. A un moment donné on sent, en faisant l'abduction, que la tête glisse en avant de l'ischion et réintègre la cavité cotyloïde. On porte alors le membre dans l'extension et on immobilise dans un plâtré (Volkmann, Kirmisson).

M. Estor a employé à deux reprises la méthode de Lorenz.

Lorsqu'il s'agit d'une luxation iliaque, Champenois a recours aux manœuvres que Paci préconise pour la réduction des luxations congénitales : « 1° Flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin préalablement immobilisé ; 2° léger mouvement d'abduction de la cuisse ; 3° rotation externe très étendue ; 4° extension lentement de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse ». La condition du succès est la lenteur des mouvements grâce à laquelle on exerce, selon l'expression de Paci « une force insistante, graduée, uniforme, sans secousses ». Le bruit de clapotement si souvent observé lorsqu'on réduit une luxation traumatique et qui est caractéristique de la rentrée de la tête dans la cavité cotyloïde manque presque toujours ; Kirmisson ne l'a jamais observé. Dans le cas qu'il rapporte « au moment où la tête rentra dans la cavité cotyloïde, il sembla qu'elle

pénétrait dans quelque chose de mou, ou pour employer une expression qui fut donnée au moment même de la réduction par un des assistants, on aurait cru que la tête fémorale entrait dans de la cire ou dans du beurre ». Hartmann, Degez ont également observé la lenteur de la réduction et l'absence de secousse.

Une fois que la tête fémorale se trouve replacée dans la cavité cotyloïde, il est nécessaire d'immobiliser le membre si l'on veut éviter une récidive. Celle-ci survient parfois quelques heures aprés la réduction : elle a été rarement observée après le quinzième jour. Les auteurs qui ont constaté ces récidives (Dittel, Delens, Ruch, Schotten, Volkmann, etc.), ont noté que les tentatives de réduction manuelle étaient souvent sans effet ; il est donc de la plus haute importance de savoir les prévenir. Cette indication se trouve pleinement réalisée par l'application d'un appareil plâtré, embrassant la cuisse et le bassin et maintenant le membre en extension et en abduction. Sauf complications on peut, les lésions articulaires disparues, enlever l'appareil un mois ou deux après. On devra alors faire du massage pour lutter contre l'atrophie musculaire et l'ankylose, et rendre aussi rapide que possible la reprise du fonctionnement normal du membre.

La réduction manuelle est le traitement de choix des luxations spontanées de la hanche ; c'est elle qui donne les résultats les plus satisfaisants et qui compromet le moins la mobilité ultérieure de l'article. Malheureusement, elle ne donne pas toujours de résultats; dans ce cas on est en droit de recourir à d'autres moyens thérapeutiques.

b) *Réduction lente.* — En règle générale, toute luxation spontanée qui n'a pu être réduite par des manœuvres immédiates, doit être traitée par l'extension continue.

Humbert (de Morlaix) est, d'après Bonnet, le premier chi-

rurgien qui ait employé cette méthode ; malheureusement, tous les cas qu'il cite ne paraissent pas se rapporter à de véritables luxations spontanées mais à des pseudo-luxations (Pravaz). Lorinser, Schotten, Friedheim, ont obtenu de bons résultats après plusieurs mois d'extension. Les résultats fonctionnels ne sont cependant jamais comparables à ceux que donne la réduction manuelle ; on note souvent un peu de raccourcissement Dans beaucoup de cas il semble que l'extension n'ait pas eu pour résultat une véritable réduction, mais une transposition de la tête fémorale. Celle-ci, à défaut de réduction, devra toujours être recherchée. On pourra l'obtenir soit en faisant de l'extension continue, soit par des mouvements rapides (Dittel, Champenois, Sonnenburg); les deux méthodes du reste ne s'excluent pas et peuvent être employées successivement : les séances de mobilisation et de tentative de réduction manuelle succédant à des périodes plus ou moins longues d'extension lente.

c) *Traitement sanglant.* — Les manœuvres que nous venons d'étudier sont parfois insuffisantes pour amener la réduction ou même simplement la transposition de la tête fémorale ; lorsqu'elles ont échoué, on se trouve dans des conditions analogues à celles que l'on rencontre lorsqu'on est en présence d'une luxation congénitale irréductible et l'intervention sanglante devient indiquée.

Les procédés qui s'offrent au chirurgien sont multiples; le plus simple consiste à ouvrir l'articulation fémorale et à remettre la tête fémorale dans la cavité cotyloïde. Ce procédé, employé par Karewski, pour réduire une luxation iliaque post-scarlatineuse, n'a pas été encore essayé dans la luxation post-typhique.

Du reste, quand une luxation spontanée est irréductible, c'est qu'il existe des modifications, des surfaces articulaires

qui rendent impossible la pénétration de la tête fémorale dans la cavité cotyloïde; la réduction sanglante devra donc comprendre dans la majorité des cas une intervention sur la tête du fémur permettant la mise en contact des extrémités osseuses.

La décapitation de la tête fémorale est le procédé généralement employé (Kümmer). Elle donne d assez bons résultats, mais la récupération des mouvements n'est obtenue qu'au prix d'un raccourcissement du membre.

d) *Traitement palliatif.*— En cas d'irréductibilité absolue, le seul but auquel doit tendre le chirurgien est la position du membre inférieur en bonne attitude, c'est-à-dire en extension. Lorsque l'état général du malade le permet, cette indication pourra être remplie par l'ostotéomie : dans un cas de Sonnenburg, la flexion a été corrigée par la section de l'os au niveau du col fémoral, la rotation en dehors et l'abduction par l'ostéotomie sous trochantérienne.

L'ostéoclasie, que l'on pourrait employer dans un même but, est un procédé désuet qui paraît aujourd'hui devoir être complètement rejeté.

Enfin, lorsqu'une intervention ne nous paraîtra pas possible, nous pourrons essayer d'améliorer l'état du malade par le port d'un appareil orthopédique.

En résumé, nous voyons que le seul traitement vraiment efficace des luxations spontanées post-infectieuses est la réduction manuelle. Lorsque celle-ci est impossible ,on devra faire de l'extension continue, de façon à obtenir sinon la réduction, du moins la transposition de la tête fémorale. En cas d'échec ou dans le cas d'une luxation irréductible trop ancienne, on peut ou bien esssayer une réduction sanglante sous le chloroforme (décapitation du fémur), ou bien corriger simplement l'attitude vicieuse par une ostéotomie ou par un appareil prothétique.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Résumée)

Baur, *in* Jeschinski, thèse Halle, 1869. Thèse Giessen, 1886.

Cas douteux. Enfant de 6 ans ayant eu la fièvre thyphoïde au cours de laquelle il présenta une anomalie de position de la jambe. Sept ans plus tard, pendant une attaque de convulsions, une luxation ovalaire s'établit nettement. Pas de suppuration.

Observation II

(Résumée)

Capelle, *in* Champenois. *Les luxations spontanées se produisant dans le cours des maladies aiguës.* Thèse de Lille, 1894.

Garçon de 15 ans. Le 20 octobre, fièvre typhoïde. Le 15 novembre, le malade souffrait de la hanche et de la cuisse droites. Ces douleurs s'étaient déclarées après qu'on eut porté le malade d'un lit à un autre. On constata : flexion de la cuisse sur le bassin, adduction, tête fémorale dans la fosse iliaque externe.

Observation III

(Résumée)

Champenois, *l. c.*

Joseph M..., 9 ans. L'affection a débuté il y a trois mois, époque à laquelle il est sorti de l'hôpital où il était en traitement pour fièvre typhoïde. L'enfant accusait de violentes douleurs au niveau de la hanche droite. Ces douleurs persistent à l'heure actuelle.

Quand le malade est couché, on voit que la hanche est remontée, la cuisse en rotation interne et adduction ; la rotule regarde presque en dedans. Cambrure lombaire. Genou à demi-fléchi. De l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole externe : côté sain 63 cent., côté malade 59 cent. En mettant la cuisse en flexion, on trouve une saillie très forte à 2 cent. et demi du grand trochanter. On trouve un creux au niveau du pli de l'aîne droite. En arrière de la fesse, on sent, en imprimant des mouvements de rotation, des craquements ; la tête est au niveau de la fosse iliaque externe et ne paraît pas rapetissée.

Le 2 juillet 1894 : chloroforme, flexion de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse, abduction et attraction du membre en haut. Extension. Le membre est dans une meilleure situation, bien que la tête ne paraisse pas absolument dans la cavité cotyloïde. Extension continue avec 3 kilos.

Observation IV

(Résumée)

Champenois, *l. c.*, p. 17

Luxation de la hanche vers le dix-huitième jour d'une fièvre typhoïde chez un enfant qui, un mois auparavant, avait eu un traumatisme du membre inférieur correspondant. Réduction. Application d'un appareil plâtré maintenu pendant trois semaines avec extension continue (2 kil.). Un gros abcès s'ouvre au-dessus du creux poplité et nécessite l'enlèvement de l'appareil. Il guérit en 32 jours après lesquels on immobilise de nouveau le membre en faisant de l'extension continue. Terminaison par une ankylose coxo-fémorale.

Observation V

(Résumée)

Delens, *in* Champenois, *l. c.* — Bulletin et mémoire de la Société de Chirurgie. — Paris, 7 nov. 1883, p. 801

Luxation spontanée de la tête du fémur droit dans la fosse iliaque survenue chez un enfant de dix ans pendant une fièvre typhoïde, au moment où les accidents généraux étaient le plus graves. On réduit quelques jours après sous le chloroforme et on applique un appareil silicaté et ouaté. La luxation se reproduit. On fait quelque temps l'extension continue; puis, celle-ci étant insuffisante, on fait une nouvelle réduction sous le chloroforme. On met un appareil compressif. La luxation reste réduite. L'enfant paraît avoir recouvré complètement l'usage de ses membres.

Observation VI

(Résumée)

Delens, *in* Champenois, *l. c.*

Jeune homme de seize ans, ayant reçu six mois auparavant un coup de cisaille à la nuque. Des phénomènes généraux graves, probablement méningitiques, se produisirent. On porta cependant le diagnostic de fièvre typhoïde. Il y a trois mois, en sautant du lit, il se fait une luxation de la cuisse droite, dans la fosse iliaque.

A son entrée à l'hôpital, il présente encore une suppuration abondante au niveau de la région occipitale.

Etat général mauvais. Température 40° le soir.

Au bout de quelques jours, on note une légère amélioration. On en profite pour réduire la luxation et appliquer un silicaté comprenant le bassin. On retire l'appareil deux mois après. Bonne attitude, malgré un certain degré de rotation du pied en dehors. Gouttière de Bonnet. Le malade quitte le service pour celui des varioleux. On n'a plus de ses nouvelles.

Observation VII

(Résumée)

Dittel, *in* Jeschinski, *l. c.*

Jeune fille de onze ans, ayant souffert à la suite d'une fièvre typhoïde durant cinq mois. Luxation iliaque. Réduction très difficile ; récidive au bout de deux semaines ; nouvelle

réduction, très facile cette fois-ci. La jambe est restée définitivement un peu raccourcie, mais, au bout de plusieurs années, la guérison définitive a été constatée et la jeune fille a même appris la danse.

Observation VIII

(Résumée)

Dittel, *in* Jeschinski, *l. c.*

Jeune fille de 11 ans. Luxation iliaque de la cuisse droite, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. Reposition au bout de 4 mois, mais récidive le quatorzième jour. La nouvelle reposition fut très difficile, mais réussit par des manœuvres de rotation. Mais au moment d'une rotation interne forcée, fracture des épiphyses supérieure et inférieure.

Plâtré. Bonne consolidation, mais le fémur ne s'accroît pas en longueur autant que l'autre et reste plus court que l'autre.

Observation IX

(Résumée)

Dittel, *in* Jeschinski, *l. c.*

Luxation iliaque droite chez un jeune homme de 16 ans, après une fièvre typhoïde grave, soi-disant à la suite d'une position défectueuse du malade, souffrant d'un décubitus grave de la jambe.

Tête fémorale mobile au niveau de la grande échancrure sciatique. Muscles pelvi-fémoraux fortement contracturés. La

première tentative de réduction échoue. La seconde, précédée d'une ténotomie des muscles couturier et *tensor fasciæ latæ*, réussit, mais la luxation récidive la nuit suivante. Réduction impossible. On se contente de fixer la cuisse en extension.

Observation X

(Résumée)

Dittel, *in* Jeschinski, *l. c.*

Luxation iliaque typhique chez une jeune fille de 8 ans et demi. Réduction en narcose au chloroforme de la tête fémorale très mobile. Au bout de six mois, on commence à faire exécuter des mouvements actifs et passifs ; bientôt s'établit une récidive. La nouvelle reposition fut plus difficile que la première et compliquée d'une fracture au niveau de l'épiphyse inférieure du fémur. Il y eut également crépitation au niveau de la cavité cotyloïde. Mouvements passifs au bout de trois mois, la jambe est de un pouce plus courte que l'autre ; la malade marche à l'aide d'une canne.

Observation XI

(Résumée)

Friedheim über die Spontanluxation des Hüftgelenk nach Typhus und ihre Behandlung. (Thèse Berlin, 1885)

A. P..., 15 ans. Fièvre typhoïde en octobre 1876. Dans le courant de la deuxième semaine, on remarque une eschare de décubitus au niveau du trochanter droit, à la suite de quoi

le malade se couche sur le côté gauche ; la cuisse droite fortement fléchie, forte adduction. A la fin de la quatrième semaine, apparaît un gonflement douloureux de la région coxo-fémorale droite ; deux semaines plus tard, évacuation d'une quantité notable de pus : guérison après dix semaines de suppuration.

Environ cinq semaines après le début de l'affection de la hanche, le malade remarque par hasard un raccourcissement de la jambe droite, il est obligé de marcher avec des béquilles. Il entre à la clinique chirurgicale de Berlin, où l'on constate que le membre inférieur droit est atrophié, raccourci et se trouve placé en flexion, adduction et rotation interne. On sent la tête du fémur derrière le trochanter placé assez près de la crête iliaque. A côté d'elle, on sent une partie osseuse mobile, présentant de la crépitation ; on pense qu'il s'agit d'une partie du sourcil cotyloïdien détaché de sa place normale. Extension pendant neuf mois, les mouvements de la hanche sont tous possibles, quoiqu'un peu limités ; le malade peut marcher sans canne.

Observation XII

(Résumée)

Güterbock (Arch. für Klin. Chir. 1874, t. XVI)

Garçon de dix ans, malade d'une fièvre typhoïde, octobre 1872. Phénomènes généraux graves, état général mauvais. Sensibilité anormale de plusieurs articulations à partir de la deuxième semaine ; à la quatrième semaine, exacerbation des douleurs qui se localisent aux genoux et aux hanches des deux côtés. Epanchement dans le genou droit et dans la hanche droite avec périostite du grand trochanter. A gauche, il

y eût flexion de la cuisse sur le bassin, à tel point qu'un examen précis n'était pas possible. Dans la neuvième semaine, l'épanchement du genou droit n'ayant pas encore disparu et le trochanter droit étant encore gonflé, le malade ayant une fièvre rémittente, on constata les symptômes d'une luxation iliaque. On procéda immédiatement à la réduction en narcose; quelques semaines après la réduction, on commença un traitement orthopédique.

Observation XIII

A. Krönlein (Archiv. für Klin. Chir. supplément du tome XXI, p. 313)

A. D., huit ans. Fièvre typhoïde grave en avril 1875. Douleur à la hanche et au genou gauche, gonflement considérable de la dernière articulation. Raccourcissement de la jambe droite. Entre à la clinique chirurgicale de Berlin en juin 1875 où l'on constate la présence d'une luxation iliaque droite; aucun symptôme d'inflammation à la hanche. Des manœuvres de réduction en narcose faites pendant deux séances restent sans effet. On fait l'extension quelque temps sans plus de résultat. Le malade est renvoyé non guéri en août 1875.

Observation XIV

Kümmer. — La luxation fémorale dite spontanée (Revue de chirurgie, 1898)

A. Ch., dix ans et demi. Convalescence d'une fièvre typhoïde grave, entre l'hôpital Butini en avril 1892.

Elle n'a plus de fièvre, mais, extrêmement cachectisée, elle doit garder le lit à la suite d'une plaie par décubitus située au

niveau du grand trochanter droit et d'une attitude vicieuse de l'extrémité inférieure droite. Pendant son séjour à l'hôpital,elle présente une hydartrose du genou droit. En juin, elle est transférée dans un service de chirurgie afin d'y subir un traitement pour l'attitude vicieuse de la jambe gauche. On constate que la cuisse gauche est fléchie sur le bassin à un angle d'environ 50 degrés. Elle est en adduction et en rotation interne. La distance de l'épine iliaque antéro supérieure à l'interligne externe du genou est de 36 cent. 1/2 à droite, 36 centimètres à gauche ; le trochanter dépasse en haut le niveau de la ligne de Nelaton ; la tête du fémur est déplacée en haut et en arrière.

11 juillet 1892, manœuvres de réduction sans résultat. Incision longitudinale circonscrivant les bords de la plaie par décubitus au niveau du grand trochanter, de l'extrémité supérieure de cette incision une seconde oblique dans la direction de l'épine iliaque postéro-supérieure. On incise la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose du grand fessier, et, après avoir écarté le moyen et le petit fessier, on ouvre la capsule articulaire. Une tentative de réduction échoue. On fait la décapitation de la tête fémorale. La cavité cotyloïde est comblée par un tissu fibreux, résistant, d'aspect grisâtre ; on se contente d'appliquer contre elle, sans la creuser, le grand trochanter; introduction d'une mèche de gaze iodoformée, suture.

Suites opératoires bonnes. Guérison de la plaie avec une légère supuration.

Résultat final pris un an après : Distance de l'épine iliaque antéro-supérieure à la pointe de la malléole externe à droite 71 cent. 1/2, à gauche 65 cent. 1/2. Du grand trochanter à la malléole externe à droite 68 cent. 1/2, à gauche 65 cent. 1/2. La pointe du grand trochanter se trouve à 2 cent. 1/2 au-dessus de la ligne de Nélaton.

Mouvements dans l'articulation de la hanche à gauche. Flexion, 60-75 degrés. Adduction, 30 degrés. Abduction, 45 degrés. La rotation en dehors et en dedans est très limitée ; le genou gauche, un peu fléchi, ne peut être complètement étendu. Le malade boîte très peu grâce à l'abaissement du bassin du côté gauche.

Observation XV

(Résumée)

Lorinser. Wien., med. Wochensch., 1853. Variole. Luxation de la hanche. Autopsie.

Une personne, 26 ans, est morte de pyohémie consécutive à la variole. La malade était couchée sur le côté droit, la jambe gauche fléchie, en adduction et rotation interne.

A l'autopsie, on trouve la tête du fémur couchée sur le rebord cotyloïdien. La tête fémorale était solidement maintenue par la partie de la capsule qui se trouvait attirée en haut. La partie inférieure de la capsule épaissie et imbibée ; la cavité articulaire contenant six onces de liquide séreux. Injection de la synoviale. Pseudo membranes sur le col du fémur. Fond de la cavité cotyloïde revêtu de membranes fibreuses fortement injectées. Les cartilages du cotyle et de la tête fémorale intacts. Seulement, à l'endroit où la tête touchait le rebord cotyloïdien se trouvait un défaut dans le cartilage et à cette place une pseudo-membrane.

Le sourcil cotyloïdien était un peu aplati par la pression. Pendant la vie, on n'avait noté aucune altération du cotyle.

Observation XVI

(Résumée)

Dr Wœlkel. Rapportée par Etienne, thèse, Nancy, 1902.

Garçon de 10 ans, bien portant jusqu'alors, tombe malade le 19 décembre. Symptômes : rhumatisme articulaire aigu. Les deux genoux sont fortement enflés, la hanche est très douloureuse. Empyème du genou droit; une incision évacue un demi litre de pus très liquide, de mauvaise odeur (16 janvier).

Le 23 janvier, incision du genou droit. Les symptômes fébriles s'apaisent, mais, au début de février, il se fait un empyème de la hanche droite. Incision, évacuation d'un demi litre de pus fétide, brunâtre. Malade débile. Eschare par décubitus. La hanche gauche présente également des symptômes d'empyème mais une incision paraît inutile, car il est possible de faire sortir le pus par l'incision du genou gauche.

Le 15 février, on remarque par hasard un raccourcissement de la jambe gauche avec rotation en dedans. A l'examen, on constate une luxation coxo-fémorale en haut et en arrière. Le 19 février, hémorragie par le nez et la bouche provenant des abcès de la figure. Mort.

Autopsie. — Hanche droite épiphyseolyse complète de la tête fémorale. La tête se trouve encore dans la cavité cotyloïde et peut être sortie complètement. Cavité cotyloïde cariée. Tête fémorale un peu ulcérée mais de consistance solide; le plan de solution inégal, ulcéré. Partie supérieure

du fémur très ramollie jusqu'au grand trochanter. Epiphyséolyse au niveau du col anatomique de l'humérus droit. A la hanche gauche, luxation sus-mentionnée. Peu de pus. Tête fémorale solidement attachée au col; carie commençant à la tête et à la cavité cotyloïde.

Observation XVII

(Résumée)

Publiée par M. le professeur agrégé Etienne.

Jeune homme, 19 ans, imprimeur. Parents bien portants. A contracté à 9 ans une typhoïde grave (5 mois de lit), au cours de laquelle s'est produite la déformation de la hanche qui l'amène à l'hôpital. Cette déformation a été suivie pendant la convalescence de douleurs assez vives qui se reproduisent encore tous les hivers. Primitivement, la hanche droite était fortement fléchie.

Examen. — Facies pâle, un peu maigre. Constitution faible, force médiocre.

Rien de particulier du côté des divers appareils, sauf pour le système locomoteur.

Déformation de la hanche. Saillie du grand trochanter qui est très épaissi en dehors et en haut.

Raccourcissement apparent du fémur seul, tel que le talon remonte jusque à la malléole interne de la jambe saine. Flexion légère de la cuisse sur le bassin. Actuellement pas de rotation notable.

Amaigrissement du membre. Pied bot-équin, mais antérieur paraît-il, à l'affection de la hanche. *Marche* assez pénible,

appuyé sur une béquille légèrement penchée en avant. Le pied ne touche le sol que par la partie antérieure de la plante.

Mouvements. — Flexion libre, extension sur le bassin presque complète. Adduction se fait. Abduction complètement empêchée.

A la palpation l'os coxal paraît normal. Le grand trochanter remonte, il est déplacé en dehors. Cavité cotyloïde désertée par la tête remontée dans la fosse iliaque.

Radiographie. — Elle indique nettement le glissement de la tête fémorale dans la fosse iliaque externe. Cette tête fémorale est en partie détruite par le fait de la carie osseuse.

Hyperthrophie considérable du grand trochanter, ce qui reste a été transformé en un tissu plus ou moins spongieux.

Cavité cotyloïde paraît saine.

Observation XVIII

(Résumée)

Service de M. le professeur Berheim. (Rapportée par Etienne, thèse, Nancy, 1902)

G. B., 14 ans, repasseuse, entra à l'hôpital le 18 février 1899, pour angine avec courbature généralisée. Malade alitée ; on diagnostique typhoïde. Eschares fessières. 2 mars, rechute. Avril, malade commence à manger. Mai et juin, rien de particulier à signaler. En juillet, c'est-à-dire cinq mois après le début, au cours d'un examen de la malade, nécessité pour la surveillance des eschares, on constate une déformation de la hanche ; on pratique la palpation et on

reconnaît une luxation de la hanche droite en haut et en arrière. La jambe, considérablement raccourcie, est alors en adduction et rotation en dedans, à peine fléchie. La malade est descendue dans un service de chirurgie, où l'on tente, sous chloroforme, la réduction manuelle de la luxation, mais sans succès. Pendant les tentatives de réduction, on provoque une fracture de la cuisse au tiers inférieur du fémur. On met un appareil à extension continue qu'on n'enlève qu'au mois de novembre. La fracture est consolidée et la rotation de la jambe en dedans a disparu, mais la luxation persiste avec un peu d'ankylose (le bassin remue avec la cuisse), le membre est raccourci. On sent la tête fémorale dans la région fessière.

En février 1900, on obtient les mensurations suivantes :

De E. I. A. S. droite à la malléole externe... 71 cent.
De E. I. A. S. gauche » » ... 78 5.

A droite, pointe du grand trochanter est à 8 centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton. La malade marche avec une boîterie assez grande.

Radiographie confirme luxation de la tête fémorale.

Observation XIX

(Résumée)

Degez (service de Kirmisson)

Il s'agit d'une fillette de 6 ans et demi, entrée à l'hôpital Trousseau, pour une scarlatine, le 28 février 1898.

De bonne constitution, n'avait jamais présenté la plus légère claudication jusqu'à ce jour.

Le 17 mars, l'enfant se plaint de douleurs très vives au niveau de la hanche gauche. On ne remarque ni rougeur, ni gonflement à ce niveau. Du 18 au 21, l'enfant se plaint toujours de sa hanche et, le 21 au soir, on place l'articulation malade dans une gouttière. A partir de ce moment, la petite malade éprouve un grand soulagement. Le mieux continue les jours suivants et, le 29, on croit pouvoir enlever la gouttière.

Jusqu'au 22 avril, on s'aperçoit, en changeant l'enfant de linge, de l'attitude anormale du membre inférieur gauche ; une adduction et une flexion considérables s'étaient produites spontanément, sans qu'à aucun moment la malade ait attiré l'attention de ce côté. On essaie de corriger cette attitude vicieuse due à une luxation de la hanche en arrière. Par des tractions, on arrive facilement à replacer la tête du fémur dans la cavité cotyloïde ; mais, dès qu'on cesse les tractions, la cuisse reprend sa première position et la luxation se reproduit. Plusieurs fois répétée, la manœuvre donne naissance au même phénomène. Application de l'extension continue.

Le 3 mai, l'enfant est atteinte de premières quintes de coqueluche. Transfert dans pavillon d'isolement, où l'on supprime extension et gouttière. La luxation ne tarde pas à se reproduire. Le 4 août, la malade est envoyée dans le service de M. Kirmisson, pour le traitement de sa hanche. Dans le décubitus dorsal, on remarque que la cuisse, fortement fléchie, est en adduction et rotation en dedans. On note un raccourcissement de 3 centimètres de l'E. I. A. S. à la malléole externe pour le côté malade. Le grand trochanter est remonté de 3 centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton Roser. Mouvements spontanés très limités. Les mouvements provoqués sont peu étendus, l'adduction et l'abduction sont nulles. Contracture des adducteurs.

Radiographie. — Elle montre l'usure du bord supérieur de la cavité cotyloïde et de la tête fémorale.

On réduit, sous chloroforme, la luxation assez facilement; on obtient une guérison satisfaisante.

Observation XX

Due à l'obligeance de M. le professeur Estor

P... Madeleine, dix ans, Montpellier, entre à l'hôpital le 7 janvier 1907.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants, ils ont eu 5 enfants dont 4 en bonne santé; l'un d'eux est mort probablement de méningite.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle.

La malade a eu en novembre 1906 une fièvre typhoïde qui a évolué normalement, sans complications. Pendant la convalescence, elle a présenté quelques signes de tuberculose pulmonaire au début, du côté gauche, en même temps que des douleurs très vives au niveau des articulations des membres.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, le membre inférieur gauche se place en flexion et en adduction, les douleurs articulaires diffuses disparaissent pour être remplacées par une douleur localisée au membre inférieur gauche.

Etat actuel. — La malade présente un amaigrissement notable, la température rectale est de 38°3 le matin. Il y a de l'obscurité aux deux sommets, très accentuée à droite et

submatité au sommet droit. Le membre inférieur gauche est en flexion. La cuisse fléchie à angle droit sur le bassin est en adduction et rotation interne, la tête du fémur paraît luxée dans la fosse iliaque. Les mouvements imprimés au membre inférieur gauche se transmettent au bassin. Le raccourcissement réel est de 1 centimètre.

La jambe est placée en extension, abduction légère et rotation externe et immobilisée dans un appareil plâtré. Le 31 janvier 1907, le raccourcissement du membre inférieur gauche égale 2 centimètres. La hanche gauche est plus volumineuse que la droite mais ne présente ni fongosité, ni fluctuation. On réduit très facilement la luxation, mais elle se reproduit avec non moins de facilité et pour assurer la fixité de la réduction nous sommes obligé d'immobiliser la jambe dans un plâtre en flexion et forte abduction.

Le 6 mars 1907, appareil plâtré. Le 27 mars 1907, la dernière radiographie a montré qu'il s'était produit une fracture du col du fémur ou, peut-être, un décollement épiphysaire ; il est probable que c'est en plaçant le membre dans la rectitude que cette fracture s'est produite.

Mais, comme on n'a exercé aucune action violente, on peut presque assimiler cette fracture à une fracture spontanée ; elle ne se serait pas certainement produite si les os avaient été en bon état. On place alors l'appareil pour les fractures de cuisse.

On remarque plus tard, au niveau de la grande lèvre gauche et dans le pli inguino-crural correspondant, une tuméfaction avec rougeur inflammatoire ; elle ne présente pas de fluctuation.

Le 17 septembre 1907, la mère veut absolument emmener son enfant ; la malade sort en boitant de la jambe gauche.

Observation XXI

Due à l'obligeance de MM. les professeurs Estor et Gilis

B... Adrienne, 6 ans, domiciliée à Villeneuve-les-Béziers, entre à l'hôpital le 3 février 1908.

Antécédents héréditaires. — Il n'y a pas de malformations congénitales dans la famille qui est très nombreuse.

Antécédents personnels.— Bonne santé habituelle. L'enfant a marché à l'âge de 16 à 17 mois ; on n'a noté, à ce moment, aucune claudication ni aucun balancement ; elle faisait cependant des chutes fréquentes.

En août 1905, elle a été traitée par M. le docteur Pagès, qui a relevé l'observation avec une précision parfaite, pour un rhumatisme articulaire aigu qui a intéressé les deux genoux et les deux hanches, surtout la gauche.

Etat actuel (6 février 1908). — La cuisse gauche se trouve en flexion et en adduction ; le grand trochanter se trouve au-dessous de la ligne de Nélaton-Roser. Le membre inférieur est raccourci de 3 centimètres. La radiographie complète l'examen clinique et confirme le diagnostic de luxation.

On hésite entre l'hypothèse d'une luxation congénitale et celle d'une luxation spontanée.

En faisant préciser la date de l'apparition de la claudication, on adopte la seconde manière de voir.

On fait immédiatement une tentative de réduction par la méthode de Lorenz ; on met le fémur dans une bonne position, mais il s'agit simplement d'une transposition de la tête mais non d'une véritable réduction.

CONCLUSIONS

I. Les luxations spontanées de l'articulation coxo-fémorale constituent des complications relativement rares des maladies infectieuses. On les a surtout observées à la suite de la fièvre typhoïde et du rhumatisme articulaire aigu, chez des enfants ou des adolescents.

II. Ces luxations, attribuées par J.-L. Petit à la présence d'une hydrathrose, par d'autres auteurs à la prolifération du cotyle et, enfin, par Verneuil, à des actions musculaires, sont, en réalité, préparées à la fois par l'arthrite coxo-fémorale, par l'atrophie de certains groupes musculaires, la contracture des muscles antagonistes et par l'attitude vicieuse.

Un traumatisme léger, un mouvement normal constituent la cause occasionnelle de la disjonction articulaire.

III. Des signes d'arthrite précèdent souvent la luxation : au cours ou pendant la convalescence d'une maladie infectieuse, l'articulation coxo-fémorale devient douloureuse, le membre inférieur se met en mauvaise position (le plus souvent flexion, avec, suivant le cas, abduction ou adduction). Au moment où la luxation apparaît, la température tombe parfois, la sensibilité de l'article se modifie (disparition ou augmentation de la douleur), et l'on constate les signes classiques de la perte de contact des extrémités osseuses.

IV. Le diagnostic de luxation est facile ; plus délicat est celui de la nature de la luxation ; deux erreurs principales sont à éviter : il ne faut confondre une luxation spontanée ni avec une luxation congénitale ni avec une pseudo-luxation symptomatique d'une coxalgie, qui se serait installée à la faveur d'une maladie infectieuse.

V. Le pronostic est des plus sévères, sans être cependant aussi grave que le voudraient certains auteurs: les tentatives de réduction échouent dans près d'un tiers des cas. D'autre part, pour une luxation réduite, les récidives sont fréquentes.

VI. Au cours d'une maladie aiguë et pendant la convalescence, on doit surveiller les articulations des petits malades et en particulier celle de la hanche. Si une attitude vicieuse se produit, on doit la corriger en mettant le membre dans l'extension (gouttière de Bonnet). Si la mauvaise position tend trop à se reproduire, on fait de l'extension continue ou on immobilise en extension et en abduction légère.

VII. Lorsqu'on se trouve en présence d'une luxation, on doit, quelle que soit son ancienneté, essayer d'abord de la réduire par des manœuvres manuelles ; en cas d'échec, on pourra, par l'extension continue, obtenir une bonne transposition de la tête. Le traitement sanglant sera réservé aux cas anciens, lorsqu'il existe une attitude vicieuse irréductible. Dans tous les cas, le membre devra toujours être placé en extension et en abduction très légère. Après l'enlèvement de l'appareil, le massage sera un adjuvant utile pour ramener l'intégrité fonctionnelle du membre.

BIBLIOGRAPHIE

Ardisson. — Thèse de Montpellier, 1900.

Barwell. — Luxation spontanée de la hanche (Royal médico-chirurg. Sociéty, 28 avril 1896).

Bonnet. — Traité des maladies des articulations (1845).

Bouvier. — Luxation spontanée de la hanche (Bulletin de la Soc. de chirurgie, 1853).

Bourcy. — Déterminations articulaires dans les maladies infectieuses.

Boyer (le baron). — Des luxations spontanées ou consécutives du fémur (*in* Traité des maladies chirurgicales, tome IV, ch. 12, 1831).

Caboche. — Luxations subites au cours de certaines maladies aiguës (Revue d'orthopédie, IX, 1898).

Capelle. — Quelques considérations sur la luxation du fémur dans la fièvre typhoïde (Journal de Médecine, 1861, tome XXXII).

Champenois. — Des luxations subites se produisant dans le cours des maladies aiguës (Thèse de Lille, 1894).

Degez. — Luxations subites consécutives aux maladies aiguës (Thèse de Paris, 1898.

Delens. — Deux observations de luxation de la hanche à la suite de la fièvre typhoïde (Soc. de chirurgie, nov. 1883).

Duplay. — Luxation spontanée de la hanche (Presse médicale, mai 1898).

Etienne (G.). — Revue neurologique, 1899. Revue médicale de l'Est, 24 oct. 1900.

Etienne (Auguste). — Luxations spontanées au cours des principales infections (thèse Nancy, 1902).

Forgue et Maubrac. — Des luxations pathologiques (1886).

Freemann. — Luxation spontanée de la hanche au cours d'une fièvre typhoïde (Méd. News, 1895).

Friedheim.— Uber den Spontanluxation des Hüftgelenks nach typhus und ikre Behandlung (Thèse Berlin, 1885).

Güterbock. — Langenbeck's. Arch., vol. XVI.

Gilis (P.). — Le rôle du ligament rond. Soc. de Biol.,Paris, 1892.

Hartmann. — Revue d'orthopédie (mai 1894).

Humbert, de Morlaix et Jacquier. — Essais et observations sur la manière de réduire les luxations spontanées ou symptomatiques de l'articulation de la hanche (1835).

Kirmisson. — Rapport sur une observation de Hartmann (Soc. de chirurgie, t. XX, 1894. Revue d'orthopédie, 1892).

Kümmer. — La luxation coxo-fémorale dite spontanée (Revue de chirurgie, 1898).

Lesauvage. — Mémoire théorique et pratique sur les luxations dites spontanées ou consécutives..

Malgaigne. — Observations sur le diagnostic différentiel des luxations congénitales et des luxations de la première enfance (Revue méd. chir., 1880).

Mauclaire. — Arch. gén. de médecine, 1895.

Nélaton (Ch.). — *In* traité Duplay et Reclus, t. III, p. 348.

Parise (J.). — Recherches histologiques, physiologiques et pathologiques sur le mécanisme des luxations spontanées (Arch. de méd., 42, 3e série, t. XIV.

Phocas. - Des luxations subites se produisant dans le cours de certaines maladies aiguës (Gaz. hôp., nov. 1894).

Reclus. — Des luxations paralytiques du fémur (Revue de méd. et de chirurgie, 78, p. 176.

Roser. — Zur Lehre von den Spontanluxation (Schmidt's Jarbücher).

Robin. — Les arthropathies et la fièvre typhoïde (Arch. gén. de médecine, Paris, 1894). Gazette médicale, 1881.

Verneuil. — Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie de Paris (oct. 1883). Luxations paralytiques (Gazette hebdomadaire, 1866).

WEIL. — Spontanluxation der rechten Hüftgelenks nach typhus (Prag. méd. Woch., 78, n° 7).

WITZEL. — Gelenkentzüdungen nach Infections Krankheit (Bonn. 1890).

WEBER. — Müller's archiv. für anatomie, 1836.

JESCHINSKI. — Thèse Halle, 1869.

KRÖNLEIN. — Arch. für kin. chir.

LORINSER. — *In* Wien med. Woch., 1853.

LECLERC (de St-Lô). — Luxation pathologique de la hanche dans la convalescence de la fièvre typhoïde Soc. de chir. de Paris. décembre 1890 et janvier 1891).

DIDIER. — Des luxations pathologiques consécutives aux arthrites rhumatismales aiguës (thèse de Paris, 1880).

SONNENBURG. — Arch. fur Klin chir., t. XXXII, p. 4.

KARENSKI. — Luxation spontanée dans une coxalgie blennorrhagique (Centralblatt für chirurg., septembre 1892).

Vu et approuvé :
Montpellier, le 15 mai 1908.
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 15 mai 1908.
Le Recteur,
A. BENOIT.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !